



F A X 0 1 2 0 - 9 5 3 - 6 9 2

## 医療的ケア教員講習会 申込書

必要事項をご記入ください

※ □ には、該当するものに「✓」を入れてください

株式会社ニッソーネット

福祉の教室 &lt;介護・保育&gt;

ほっと倶楽部

申込日	平成 ( )年 ( )月 ( )日					
フリガナ				印		
氏名						
生年月日	S・H ( )年 ( )月 ( )日			年齢	性別	男・女
所持資格	<input type="checkbox"/> 医師 <input type="checkbox"/> 保健師 <input type="checkbox"/> 助産師 <input type="checkbox"/> 正看護師 <input type="checkbox"/> その他 ( )					
現住所	〒( )-( )					
連絡先	自宅TEL	( )-( )-( )		携帯TEL	( )-( )-( )	
	携帯メール	( )@( )				
勤務先	法人事業所名			住所	〒( )-( )	
	ご担当者様					
	サービス種別	例：特別養護老人ホーム				
	TEL	( )-( )-( )		FAX	( )-( )-( )	

希望コース	平成 ( )年 ( )月 ( )日 開校			教室名：( )	
支払	振込用紙送付先	<input type="checkbox"/> ご本人 <input type="checkbox"/> 法人		※ 振込用紙送付先が勤務先と違う場合は、下記にご記入下さい	
振込用紙送付先	法人事業所名			住所	〒( )-( )
	ご担当者				
	TEL	( )-( )-( )		FAX	( )-( )-( )
割引制度	<input type="checkbox"/> 講師登録割引 <input type="checkbox"/> 実地研修先割引		<当社記入欄> <input type="checkbox"/> 講師 <input type="checkbox"/> 実地研修先		

※1 当講習は原則、医師・保健師・助産師・正看護師の資格をお持ちの方を対象としています。

開講日に正看護師の免許証（コピー）をご提出ください。

※2 修了証は本申込書の氏名・生年月日・住所にて発行されます。

正看護師免許証・本人確認書類と同じ氏名・生年月日を、同じ字体でご記入下さい。

※3 申込人数により希望コースが開講中止の場合、別コースのご希望がない場合や、別コースが開講中止の場合、振込手数料も含めて全額返金します。